

Verrechtlichung medizinischen Handelns: Deprofessionalisierungsprozesse im Berufsfeld Medizin

Müller, Ulrich

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Müller, U. (1979). Verrechtlichung medizinischen Handelns: Deprofessionalisierungsprozesse im Berufsfeld Medizin. In R. Mackensen, & F. Sagebiel (Hrsg.), *Soziologische Analysen: Referate aus den Veranstaltungen der Sektionen der Deutschen Gesellschaft für Soziologie und der ad-hoc-Gruppen beim 19. Deutschen Soziologentag (Berlin, 17.-20. April 1979)* (S. 193-199). Berlin: Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-136477>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Verrechtlichung medizinischen Handelns - Deprofessionalisierungsprozesse im Berufsfeld Medizin

Ulrich Mueller

Herkömmlicherweise ist ärztliches Handeln rechtlicher Kontrolle nur über den Globaltatbestand des Kunstfehlers unterworfen. Ein Abweichen von den anerkannten Behandlungsregeln der medizinischen Wissenschaft wird sanktioniert, wofern dies zu einem Körperschaden geführt hat. Was die anerkannten Regeln dieser Wissenschaft sind, und inwiefern die Verletzung dieser Regeln Ursache des konkreten Schadens ist, darüber befinden nach dieser Regelung de facto nur Mitglieder der medizinischen Wissenschaft selbst.

Von einer tendenziellen Verrechtlichung medizinischen Handelns zu sprechen soll bedeuten, daß demgegenüber immer weitere Bereiche ärztlichen Handelns von immer engmaschiger werdenden legal gesetzten Verfahrensvorschriften überzogen werden, deren Verletzung per se schon von rechtlichen Sanktionen bedroht wird. Nun hat der Arzt im Gesundheitssystem entwickelter Industriestaaten eine eigentümliche Doppelrolle als medizinischer Experte und als Quasi - Amtsinhaber: nämlich als Verteiler und Zuweiser von Geld- und Dienstleistungen staatlicher Sozialpolitik (Krankschreiben, Heilverfahren, Beratungen) wie als Kontrolleur staatlicher Gesundheitsmaßnahmen.

In dieser zweiten Rolle ist ärztliches Handeln immer schon: pflichtgemäßes Verwaltungshandeln gewesen. Davon soll hier nicht die Rede sein, sondern von Verrechtlichungsprozessen, die sich in den Kernbereichen medizinischen Expertenhandelns bespielen. Kriterium der rechtlichen Würdigung ist dann nicht mehr allein der Nachweis eines schadenverursachenden Abweichens von den anerkannten, aber von Fall zu Fall neu zu bestimmenden Regeln der medizinischen Wissenschaft, sondern auch und zunehmend das Abweichen von legal gesetzten Verfahrensregeln. Zwei Beispiele:

1. Die Aufklärungspflicht.

Jeder ärztliche Eingriff ist eine Körperverletzung, die nur dann erlaubt ist, wenn sie lege artis und mit Einwilligung des Patienten durchgeführt wurde. Einwilligung setzt die Fähigkeit zur verständigen Würdigung der Risiken und Folgen des Eingriffs voraus. Höchststrichterliche Rechtsprechung hat mitt-

lerweise in den meisten westlichen Ländern detailliert festgelegt, wie das Verfahren der Patientenaufklärung auszusehen hat; betreffs des Umfangs und der Folgen des geplanten Eingriffs, betreffs der Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit von Differentialdiagnosen, und betreffs der Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit von Komplikationen.

Gerade zum letzten Punkt haben die Gerichte minutiös festgelegt, wie detailliert, und bis zu welcher statistischen Wahrscheinlichkeit hinab mögliche Komplikationen erwähnt werden müssen.

2. Die Dokumentationspflicht.

Die Rechtsprechung verlangt vom Arzt das Führen ordnungsgemäßer Krankenunterlagen als eine Art Rechenschaftspflicht. Bei Kunstfehlerprozessen wird entsprechend dem Patienten Beweiserleichterungen, die bis zur Umkehr der Beweislast gehen können, zugestanden, wenn wegen unvollständiger oder fehlerhafter Krankenunterlagen dem Patienten die volle Beweislast nicht mehr billigerweise abverlangt werden kann (so der Tenor einer BGH - Entscheidung vom 27.6.1978 - VI 2R 183/76). Dem Arzt wird die Pflicht zur Dokumentation also nicht nur im Interesse des Patienten auferlegt, der Schadensersatzansprüche gegen Dritte geltend machen will, sondern auch und gerade für die Prüfung, ob ein unbefriedigendes Heilungsergebnis auf ein Verschulden des Arztes zurückzuführen ist.

In der Praxis der Unfallmedizin etwa geht von dieser so ausgebauten Dokumentationspflicht ein Druck zur Standardisierung der Basisdiagnostik aus. Relativ unabhängig vom klinischen Bild fährt eine genau festgelegte maschinelle und chemische Anfangsdiagnostik ab - da von den Ärzten schon der bloße Nachweis, eine solche unterlassen zu haben, als beweislastumkehrender grober Behandlungsfehler befürchtet werden muß. Das Absichern gegen solche Vorwürfe bestimmt das ärztliche Handeln auf Unfallstationen erheblich. Aus eigener Erfahrung möchte ich schätzen, daß dort beispielsweise ein Drittel aller Röntgenbilder allein aus forensischen Gründen angeordnet wird.

Die diese Entwicklungen begleitenden Debatten innerhalb der

Rechtswissenschaft lassen keine Unklarheit darüber, was damit gewollt wird. Die Konstruktion des Kunstfehlertatbestandes hat sich als offensichtlich untüchtliches Mittel erwiesen, die Qualität ärztlicher Tätigkeit rechtlich zu kontrollieren. Über das, was als allgemein anerkannte Regeln der medizinischen Wissenschaft zu gelten hab, ebenso wie über einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Verstoß und Körperschaden ist von den medizinischen Gutachtern in Kunstfehlerprozessen nur selten eine eindeutige Antwort zu erhalten. Aus dieser Einsicht heraus hat die Rechtsprechung sich die Aufgabe gestellt, statt dessen "Auffangtatbestände" zu schaffen, bei denen diese Beweisschwierigkeiten nicht mehr auftreten können.

Die Lösung dieser Aufgabe ist in den beiden von mir erwähnten Beispielen die folgende:

1. für geeignete Teile des medizinischen Handelns wird durch die Rechtsprechung ein hochstandardisiertes Verfahren vorgeschrieben.
2. Bei einem unbefriedigenden Ergebnis der Gesamtbehandlung wird geprüft, ob diese gesetzten Verfahrensvorschriften eingehalten wurden - ist dies nicht der Fall, so kehrt sich die Beweislast zuungunsten des Arztes um: jetzt muß erwiesen werden, daß der Verstoß gegen diese Verfahrensvorschriften nicht in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem schlechten Ergebnis der Behandlung stand.

Die Tendenz ist klar: Sanktioniert wird nach dieser Konstruktion nicht mehr wissenschaftlich-technische Inkompetenz, sondern Ungehorsam gegenüber legalen Verfahrensvorschriften. Expertenhandeln wird hier in bürokratisches Handeln umgemünzt.

Weit über die forensische Thematik hinaus spiegelt meines Erachtens die Entwicklung solcher Auffangtatbestände einen fundamentalen Wandel der Professionalisierung des Handlungssystems Medizin wieder; ich möchte im folgenden die These vertreten, daß man diesen Wandel als einen Prozess der Deprofessionalisierung zu beschreiben hat, der erst den Boden für die von außen kommende Ummünzung professionellen Handelns in administrativ programmiertes Expertenhandeln bereitet hat.

Eine Profession bezeichnet eine aus Experten mit formalisier-

ter Ausbildung bestehende Berufsgruppe, die

- ein hohes Maß an Autonomie in der Definition ihres Tätigkeitsbereichs hat
- ein hohes Maß an Autonomie in der Bestimmung der Ausbildungsinhalte und der Qualifikationskriterien, d.h. in der Kontrolle des Zugangs und der Sozialisation zum Beruf hat;
- durch eine bestimmte Standespolitik erreicht hat und zu bewahren weiß, daß ihre Expertenautorität gegenüber der zur Beurteilung derselben grundsätzlich inkompetenten Klientel durch eine innerhalb der Rechtsordnung institutionalisierte Quasi - Amtsautorität angesichert wird.

Im medizinischen Berufsfeld bisheriger Art lassen sich alle nicht - ärztlichen Berufe als ärztliche Hilfsberufe, als auf die Profession hin zu bezogene Zuliefererberufe definieren, denn

- Ärzte definieren den Tätigkeitsbereich dieser Berufe;
 - Ärzte kontrollieren die Ausbildungsinhalte und Qualifikationskriterien der jeweiligen beruflichen Sozialisation;
 - die institutionalisierte Absicherung der ebenfalls vorhandenen Expertenautorität dieser Berufe gegenüber der Klientel erfolgt in letzter Konsequenz stets und völlig über die institutionalisierte professionelle Autorität des Arztes.
- In der Medizin haben nun zunehmend Berufe Bedeutung erlangt und werden weiter erlangen, die in diesem Sinn nicht mehr als ärztliche Hilfsberufe aufgefaßt werden können. Ursache davon ist, daß zunehmend Expertenkenntnisse in der Medizin erforderlich werden, die Ärzte nicht mehr haben können; Folge ist, daß die einzigartige Autonomie der ärztlichen Profession, ihre umfassende autonome Kontrolle der Qualität medizinischen Handels, dahinschwinden wird.

In dieser Entwicklung spiegelt sich auf der Ebene der Verberuflichung und Professionalisierung medizinischen Handelns ein fundamentaler Wandel überhaupt der Medizin wider. Für diesen Wandel lassen sich sowohl endogene wie exogene Faktoren verantwortlich machen: Konsequenzen aus dem Fortschritt medizinischen Wissens und eine sozial verursachte Veränderung des Spektrums von Massenerkrankungen.

I. Der Faktor "Fortschritt medizinischen Wissens" läßt sich an sehr heterogenen Beispielen aufzeigen, von der schnellen Entwicklung der Apparatemedizin bis hin zu einer kaum mehr überschaubaren Vielfalt psychotherapeutischer Therapieformen. Die medizinische Anwendungsmöglichkeiten technischer Neuentwicklungen, die Anwendung entsprechender Maschinen und Verfahren können immer weniger von Ärzten kompetent beurteilt werden. Entsprechend ist das Auftreten neuer bioingenieurswissenschaftlicher, biotechnischer Berufe, bez. das Eindringen von Physikern, Chemikern oder Ingenieuren bereits bestehender Fachrichtungen in solche Aufgabenbereiche zu beobachten (ROSENBERG 1975; SCHIPPERGES 1975); man denke etwa an extrakorporale Dialyse, Prothetik, Osteosyntheseprobleme, nuklearmedizinische Diagnostik .

Ebenso spielt sich Psychotherapie heute bereits überwiegend im Team ab. Alles spricht dafür, daß sich dieser Trend fortsetzen wird (vergleiche die Argumente aus der gegenwärtigen Debatte um den Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Psychotherapeuten). Neben Ärzten treten Psychologen, Soziologen, Sozialarbeiter, Bewegungs- Arbeitstherapeuten etc.

II. Ein ständig wachsender Anteil der Gesundheitsstörungen in Industriegesellschaften ist auf Erkrankungen zurückzuführen, die die Folge falscher, prinzipiell veränderbarer Lebens- und Arbeitsverhältnisse sind: kardiovaskuläre Erkrankungen, Bronchialcarcinom, chronische Bronchitis, Dickdarmcarcinom, alkoholische Leberzirrhose, Diabetes. Ins Gewicht fallende Erfolge, ja Durchbrüche scheinen durch einen weiteren Ausbau einer rein naturwissenschaftlich orientierten, kurativen Medizin nicht zu erwarten sein; entscheidend werden hier präventive Maßnahmen sein, die natürlich auch Eingriffe in den psychosozialen Nährboden dieser Erkrankungen beinhalten müssen, von geeigneter Gesetzgebung bis zu individueller Gesundheitsberatung und -erziehung. Hier werden überall Nicht-Ärzte einen wesentlichen Teil der notwendigen Gesundheitsleistungen erbringen.

Berufliche Sozialisation ist nicht nur Vermittlung eines technischen Wissens, sondern auch Aneignung berufstypischer sozialer, kommunikativer Handlungsweisen. Empirische Untersuchungen haben immer wieder den hohen Grad gemeinsam geteil-

ter Wertorientierungen gerade bei Angehörigen von Professionen gefunden, Das läßt sich auch theoretisch verständlich machen, denn auf dieser Gemeinsamkeit der Wertorientierungen, einer gemeinsamen Berufsethik beruht ja überhaupt erst die Möglichkeit einer autonomen professionellen Organisation komplexer gesellschaftlicher Handlungssysteme wie etwa der Medizin. Genau diese Möglichkeit wird aber hier untergraben, wenn sich im Gesundheitssystem immer vielfältigere Expertenberufe auseinanderentwickeln. Es ist nicht vorstellbar, daß all diese Berufe die für die ärztliche Profession typische hohe Gemeinsamkeit von Wertorientierungen beibehalten, und zwar weil die verschiedenen Berufsgruppen für den einzelnen keine homogene Kollegengruppe mehr als Kontrollinstanz für die Anpassung an bestimmte Verhaltensmuster darstellen, und weil die verschiedenen alten und neuen aufsteigenden Berufsgruppen auf absehbare Zeit verschiedene berufs- und natürlich auch verteilungspolitische Interessenlagen haben werden.

Dieser Verlust der Effizienz innerer Kontrollen in Gestalt straffer innerprofessioneller Sanktionsmechanismen für abweichendes Verhalten muß kompensiert werden durch ein Engermaschigwerden des Systems äußerer Kontrollen über das jeweilige Handlungssystem. Genau aber das leisten Prozesse der Verrechtlichung medizinischen Handelns, wie anfangs geschildert.

Die Organisationssoziologie hat längere Zeit die These von der funktionalen Äquivalenz professioneller und bürokratischer Handlungsorganisation vertreten. Aber auch deprofessionalisiertes medizinisches Handeln ist hochqualifiziertes Expertenhandeln; es ist unwahrscheinlich, daß es durch zentralisierte Entscheidungsstrukturen und geringe Handlungsspielräume der Peripherie - entsprechend dem klassischen Bürokratiekonzept - in großem Maßstab organisiert und gesteuert werden kann. Schon aus funktionalen Gründen verlangt qualifiziertes Expertenhandeln dezentrale Entscheidungsstrukturen und weite Handlungsspielräume der Peripherie.

Das zunehmende Vordringen externer Steuerung medizinischen Expertenhandelns wird anders spürbar werden, und zwar - ich

greife hier auf ein Argument von WERSEBE zurück - in Form einer internen Differenzierung der Entscheidungsstrukturen des gesamten Handlungssystems, einer Differenzierung zwischen Detail- und Globalentscheidungen, Entscheidungen im Rahmen von Entscheidungsprogrammen und Entscheidungen über diese Programme selbst (LUHMANN 1971). Standardisierung des Verfahrens in dafür geeigneten Bereichen medizinischen Expertenhandelns ist zweifellos eine Möglichkeit erhöhter externer Kontrolle bei unverändert dezentralen Detailentscheidungsstrukturen. Das, was ich hier Verrechtlichung genannt habe, könnte - weit über den forensischen Bereich hinaus - ein wichtiges Instrument des Durchsetzens externer, gesundheitspolitischer Globalentscheidungen in diesem Sinn werden.

Luhmann, N. 1971: Politische Planung 66 - 89

in: Politische Planung. Opladen : Westdeutscher Verlag

Rosenberg, P. 1975: Möglichkeiten der Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Literaturanalyse. Göttingen: Otto Schwartz

Schipperges, von, H. (ed.) 1975: Medizinische Dienste im Wandel. Baden-Baden: Gerhard Witzstrock

Wersebe, von, I. 1978: Demokratisierung durch Professionalisierung? Zum Konzept der funktionalen Partizipation.

Zeitschrift für Soziologie 7 (1978) 157 - 174

Dr.med. Ulrich Mueller

Max-Planck-Institut zur Erforschung der
Lebensbedingungen der wissenschaftlich-technischen
Welt

Riemerschmidstrasse 7

8130 Starnberg